CONSIDÉRATIONS

N° 202.

SUR

LES ACÉPHALOCYSTES EN GÉNÉRAL

ET

SUR CELLES DU FOIE EN PARTICULIER;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 18 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-H. DESMAREST,

Ancien Élève des hôpitaux de Paris.

Obscura quædam esse, nec tamen ità dicitur de industriâ; sed inest in rebus ipsis obscuritas.

CIC.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, *Président.*
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	RICHARD, *Suppléant.*
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Examinateur.*	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie, *Examinateur.*	Trousseau.
Dubled, *Suppléant.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE.

A MONSIEUR L. PATRICE,

MON PARRAIN.

J.-H. DESMAREST.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES ACÉPHALOCYSTES EN GÉNÉRAL

ET

SUR CELLES DU FOIE EN PARTICULIER.

On nomme *acéphalocystes* (*hydatide globuleuse, sphéroïdale, échinocoque*) une classe particulière de vers vésiculaires bien décrite pour la première fois par *Laennec*, en 1805, et qui n'est pas encore admise par les helminthologues allemands et italiens. On peut voir dans les Transactions philosophiques, médicales, et médico-chirurgicales, que les auteurs anglais l'avaient remarquée, quoiqu'ils ne la décrivent que confusément.

On en a admis deux espèces : 1°. les acéphalocystes en grappes, qui ne se développent que dans la matrice; mais elles sont actuellement considérées ou comme une transformation du produit de la conception, ou comme des kystes dans un état particulier; 2°. les acéphalocystes libres, qui seules vont nous occuper.

Ainsi que leur nom l'indique, elles se présentent sous la forme de

vésicules parfaitement arrondies ou ovoïdes, dépourvues de corps et de tête, sans suçoirs ni aucun appendice visible. Égalant à peine quelquefois en grosseur un grain de chenevis, elles peuvent acquérir le volume d'une orange ou même au-delà. Molles, compressibles, élastiques, elles offrent d'autant moins de résistance qu'elles sont plus volumineuses. Leur pesanteur spécifique est à peine supérieure à celle de l'eau; leurs parois sont minces, sans vaisseaux apparens, ordinairement transparentes, mais offrant quelquefois une teinte grise, opaline ou ambrée. Le tissu est homogène, sans fibres, assez extensible; il a toute l'apparence du blanc d'œuf à demi-concret; une substance très-analogue à l'albumine en forme la base. Dans les grosses acéphalocystes, ce tissu est susceptible de se diviser en plusieurs couches.

Le liquide que renferme la vésicule est en général parfaitement limpide, avec une légère teinte verdâtre; c'est de l'eau contenant une très-faible quantité d'albumine et quelques sels de soude.

Les acéphalocystes libres peuvent s'offrir ou réunies en grand nombre, c'est-à-dire multiples, ou solitaires dans la poche qui les contient. Cette dernière espèce est plus rare chez l'homme que chez les ruminans. Toutes les deux se développent de même dans le tissu de nos organes, dont elles sont séparées par un kyste. Leurs propriétés chimiques et physiques sont les mêmes, mais elles présentent une grande différence pour ceux qui rangent ces productions au nombre des animaux. Les acéphalocystes multiples sont susceptibles de se reproduire, et les autres sont stériles. Voici comment s'explique la reproduction de ces êtres singuliers.

Les parois de la vésicule offrent de petits corps microscopiques en général blanchâtres, peu adhérens, faisant saillie dans l'intérieur de la cavité; leur forme est variable; ils sont ronds, alongés ou granuleux, et c'est sur ces différences que *Laennec* s'était fondé pour en distinguer trois espèces qui ne sauraient être admises. Ces petits corps n'existent pas toujours; je crois qu'il est plus ordinaire d'observer à la face interne de l'acéphalocyste une membrane comme pulpeuse qui, soumise au microscope, paraît formée uniquement de globules

extrêmement fins, transparens, sphériques et de grosseur différentes. Cette membrane, au bout de quelques jours, se détache et flotte en débris dans la vésicule.

Les corps décrits par *Laennec* sont considérés comme des germes hydatiques. On suppose que d'abord, adhérens aux parois de l'acéphalocyste mère, ils y puisent les matériaux de leur développement; qu'arrivés à leur maturité, ils se détachent, et tombent dans la cavité de la vessie qui leur a donné naissance, pouvant à leur tour par la suite développer de nouveaux germes. On dit en effet avoir trouvé des hydatides emboîtées ainsi les unes dans les autres jusqu'à la quatrième génération, mais cette disposition est extrêmement rare. D'autres pensent que la première hydatide formée s'accolle au kyste, s'étend avec lui, se couvre de germes qui, lorsque leur développement est parfait, s'en séparent et vivent indépendans dans sa cavité. Ces deux opinions attribuent aux acéphalocystes la propriété de se reproduire par bourgeons, comme certains zoophytes; la dernière surtout paraît la plus vraisemblable. Mais ce qu'on a cherché vainement à expliquer, c'est le développement de l'acéphalocyste mère; les uns la regardent comme le produit de glandes dégénérées (*Boërhaave*), de vaisseaux lymphatiques ou sanguins variqueux (*Morand, Ruish*). Des auteurs, *Valisneri* en particulier, pensent que chaque animal porte en naissant le germe de tous les vers dont il peut être attaqué, mais que ces vers ne se développent que dans certaines circonstances. Ce sont, suivant d'autres, des animaux apportés du dehors et défigurés par le séjour qu'ils font dans le corps. M. *Andral* me semble envisager la question plus sainement en attribuant le développement des vers vésiculaires à une lésion dans la nutrition.

L'hydatide, une fois formée, n'est plus pour nous qu'une production accidentelle; nous la verrons comme telle entourée d'un kyste et séparée ainsi de l'organe où elle se forme. Mais ce kyste, suivant l'opinion de *Bichat*, préexiste-t-il à la matière qu'il doit contenir? se développe-t-il, ainsi que le croit *Bremser*, par la présence du ver, comme cela a lieu pour la noix de galle? Cette dernière opinion paraît

plus vraie, et la poche ne serait que du tissu cellulaire refoulé. Peut-être dans les séreuses est-elle formée par la membrane elle-même : ainsi il m'a semblé que chez le lapin les cysticerques, développés à la face antérieure de l'estomac, étaient contenus dans une petite loge due à un dédoublement du péritoine; un ou deux vaisseaux artériels s'y rendent, et avant de s'y ramifier forment sur un des points un petit lacis vasculaire.

Lorsque le kyste a acquis un certain volume, on le trouve en général composé d'un tissu fibreux à fibres irrégulières et entre-croisées; il présente quelquefois des points cartilagineux ou même osseux. Suivant *Laennec*, il ne reçoit pas de vaisseaux; ceux-ci se ramifient uniquement au tissu cellulaire lâche qui l'environne. La surface intérieure n'offre jamais l'apparence d'une séreuse, elle est brillante et comme aponévrotique; on la trouve en outre tapissée d'une fausse membrane albumineuse, plus ou moins épaisse, offrant quelquefois des vésicules hydatiques à différens degrés; c'est l'acéphalocyste mère dont nous avons parlé.

Le kyste a pour fonction de sécréter un liquide transparent, albumineux et servant à la nutrition des acéphalocystes. Ces animaux qui, suivant l'expression de *Home*, sont tout estomac, dépourvus de conduits naturels, absorbent sans doute ce liquide par leurs parois : sous ce rapport, les cysticerques, dont l'animalité est reconnue, ne sont pas supérieurs à l'acéphalocyste; car quoique leurs vessies caudales soient garnies d'appendices divers que l'on a bien voulu nommer corps, tête, suçoirs, cependant, dépourvus de bouche et de canal intérieur, ils n'ingèrent pas dans leur cavité les élémens de leur nutrition. Il n'est pas rare de trouver des hydatides parfaitement transparentes, quoique environnées d'un liquide purulent ou coloré : on en a conclu qu'elles exerçaient sur ce liquide un véritable travail d'assimilation. Il est vrai que sur des cadavres morts depuis trente-six heures on les trouve quelquefois conservant leur limpidité au milieu du pus; il est cependant probable qu'elles survivent peu à l'extinction de la chaleur

du corps, et d'ailleurs, retirées du kyste, elles sont perméables au sang, à l'encre et aux liquides colorés.

C'est ainsi que se présentent les acéphalocystes considérées d'une manière générale. Excepté les cartilages, il n'est pas d'organe où l'on n'en ait rencontré : le foie, le poumon, la rate, l'ovaire, le cerveau, le tissu sous-séreux en sont le plus fréquemment affectés. On a cru que les cavités naturelles en étaient exemptes; cependant des observations plus récentes prouvent que, si le fait est rare, il n'est pas cependant impossible. M. *H. Cloquet* en a vu en grand nombre dans la plèvre. J'ai trouvé deux fois quatre ou cinq cysticerques dans la cavité du péritoine du lapin; il n'en existait dans aucun autre organe d'où elles eussent pu provenir; d'ailleurs le péritoine n'était pas enflammé, il contenait seulement un peu de sérosité jaunâtre.

Acéphalocyste du foie.

Le foie, chez l'homme et chez les animaux, est, de tous les organes, celui qui contient le plus souvent des acéphalocystes et quelques autres espèces de vers vésiculaires. On a dû en chercher la raison, soit dans ses fonctions et sa texture, soit dans la circulation particulière dont il est le siége, soit dans les propriétés chimiques du sang qu'il reçoit. On a rapproché également de ce fait la fréquence assez grande des hydatides dans le poumon ou la rate; mais il faut convenir que ces recherches n'ont encore rien amené de satisfaisant, et il est probable qu'elles resteront infructueuses tant que la connaissance des causes premières sera aussi bornée.

Les acéphalocystes multiples ou solitaires peuvent se développer dans le foie; les kystes qui les contiennent sont situés dans le parenchyme de l'organe, ou bien entre celui-ci et le péritoine. Il n'est pas rare d'en rencontrer plusieurs et à différens degrés; sous ce rapport, l'observation que nous a transmise *Dehaen* est assez curieuse. (*Ratio medendi*, pars 7, c. 3.)

Ces kystes offrent cela de particulier, que le liquide qu'ils renferment est assez souvent troublé par le mélange d'une quantité variable

de bile : les parois elles-mêmes offrent des taches ou des concrétions vertes, jaunâtres, orangées. La bile provient dans ce cas de petits rameaux du canal hépatique, envahis peu à peu par le kyste, et ulcérés avant leur oblitération ; il paraît même que des branches plus volumineuses peuvent s'ouvrir dans cette cavité, et permettre aux hydatides de se porter jusque dans la vésicule du fiel.

Le kyste tend sans cesse à grossir et par la multiplication des acéphalocystes et par leur accroissement ; ses parois, distendues graduellement, s'épaississent dans quelques points, s'amincissent dans d'autres en même temps que leur cohésion diminue. La surface interne, par la même cause, a perdu son aspect lisse et poli ; elle est rugueuse et ulcérée superficiellement çà et là, ressemblant assez bien, suivant la comparaison ingénieuse de M. *Cruveilhier*, à une poche anévrysmale vide de caillots. Au-dehors, le parenchyme, sous l'effort de la compression, se réduit en tissus fibreux ; le foie perd de son apparence granuleuse. Des vaisseaux sanguins comprimés par la tumeur s'oblitèrent, et la partie de l'organe à laquelle ils se distribuent s'atrophie. *Ruish* même dit avoir examiné le foie d'un hydropique, qui ne consistait qu'en vésicules remplies de matière sablonneuse transparente : l'on n'y voyait pas la moindre ramification provenant de la veine-porte ni de la veine-cave ; les conduits biliaires avaient disparu, ainsi que les artères du foie. (Thes. anat. 1, asser. 11, n. 12.) On a également observé l'atrophie complète de la vésicule biliaire ; mais le plus ordinairement on trouve cette poche remplie d'une bile plus claire, plus jaune, due sans doute à une élaboration moins parfaite.

Lorsqu'un kyste est arrivé à ce point, il a en général acquis un volume considérable ; les organes voisins sont refoulés, comprimés ; des adhérences se forment, soit avec quelque point de la paroi abdominale ou du tube digestif, soit avec les organes thoraciques ; et dans ce dernier cas le diaphragme est quelquefois perforé, et la poche s'étend dans la poitrine, où elle éprouve moins de résistance. On peut en voir deux exemples remarquables, l'un dans les Trans. méd. et chir., vol. 1, p. 40, l'autre dans les Méd. commun., vol. 1, p. 101.

Mais ces adhérences ont lieu beaucoup plus rapidement quand l'inflammation s'empare du kyste, et en outre le liquide se trouble, s'épaissit, et offre plus ou moins promptement les caractères du pus; la membrane acéphalocyste tombe en lambeaux; les acéphalocystes qu'elle contenait finissent par se remplir de pus, puis se rompent; le parenchyme du foie est quelquefois enflammé dans l'étendue de plusieurs lignes autour du kyste; celui-ci est alors le siége d'un véritable travail d'élimination, et si l'inflammation ulcérative s'étend aux tissus avec lesquels il adhère, l'évacuation des hydatides au-dehors pourra s'effectuer; la tumeur débarrassée de son contenu se comporte comme les autres kystes quand ils ont été enflammés, elle revient sur elle-même, mais lentement, à cause de sa texture fibreuse; ses parois s'unissent, et elle finit probablement par disparaître.

Suivant *Laennec* et *Bremser*, le kyste se resserre également par la mort de l'acéphalocyste; mais d'après la description qu'ils donnent de cet état pathologique, il semble dû plutôt à une sécrétion de matière tuberculeuse qui, ainsi que l'a vu M. *Dupuy*, peut avoir lieu autour de l'hydatide et en opérer la rupture.

L'inflammation chronique long-temps prolongée peut amener dans le kyste la production de substances variées que les anciens ont comparée à la bouillie, au miel, au fromage, à la colle, et dont il serait assez difficile de préciser la nature d'après ces comparaisons. Il paraîtrait cependant que la poche peut être le siége d'une sécrétion de matière grasse (Grashuis, *Append. ad tent. de colicâ pict.*; Camerarius, *Obs. prop.*) ou de matière gélatineuse (*Glisson*, Anat. hép., ch. 8; *Laennec*, Mém. cité; Trans. phil., vol. 24). Ces produits, combinés entre eux ou avec le pus, ne peuvent-ils pas revêtir de nouveaux caractères et changer d'apparence? Il faut tenir compte aussi de la bile qui s'y mêle quelquefois, altère plus ou moins la couleur en raison de sa quantité. C'est peut-être ce liquide qui, en laissant déposer ses élémens solides, rend la substance *boueuse*, *sablonneuse* au toucher (Dehaen, *loc. cit.*; Cruveilhier, Anat. path. du corps hum.; Trans. phil., *Yonge*, vol. 27).

Causes. Les causes des acéphalocystes sont fort obscures. Il paraît cependant certain qu'elles sont très-rares dans l'enfance. M. *Bodson* a présenté à l'Académie de médecine, en 1825, le foie d'une petite fille de quatre ans, contenant des hydatides qui avaient amené la mort; on cite encore quelques exemples d'enfans de six et de huit ans qui en furent affectés; mais, en général, c'est vers l'âge de vingt-cinq à trente ans que la maladie débute. Il n'est pas prouvé que les femmes y soient plus prédisposées que les hommes.

Dans quelques cas, le développement des acéphalocystes a paru succéder à une percussion violente de l'hypochondre droit ou de l'épigastre, ou à une pression constante sur ce point; on en a conclu que cette maladie était encore une des nombreuses terminaisons de l'inflammation; mais ces cas sont les plus rares : presque toujours la maladie débute et se développe sans le moindre symptôme d'irritation. Rappelons-nous, d'ailleurs, le fait si intéressant que M. *Andral* a rapporté dans sa Clinique médicale : « De quatre individus, dit-il, « chez lesquels le point de départ de l'affection du foie semblait avoir « été également une violence extérieure, et chez lesquels il y avait eu « également douleur dans la région hépatique, le premier nous of- « frit un abcès creusé dans le parenchyme du foie; le second, des « hydatides; le troisième, des masses cancéreuses; le quatrième, une « diminution de volume de l'organe. » La conclusion qu'il en tire est rigoureuse : c'est que certainement la cause d'altérations si diverses ne peut être trouvée ni dans la durée, ni dans l'intensité de la congestion sanguine, mais qu'il faut admettre des élémens particuliers dont la nature nous échappe, qui ne sont pas l'inflammation.

Personne n'ignore que chez les moutons, le porc, les ruminans, les circonstances les plus favorables au développement des vers vésiculaires sont une habitation humide et l'alimentation avec des herbes mouillées; on sait également qu'on peut, en imitant ces conditions hygiéniques, développer à volonté des cysticerques dans l'abdomen du lapin. Quelle est la manière d'agir de semblables causes? N'est-ce pas une perversion, une diminution d'énergie de la nutrition? On ne

voit pas, il est vrai, que les individus obligés, par leur profession, à vivre dans des lieux humides et malsains, y soient plus prédisposés ; mais peut-être les recherches manquent à cet égard, et d'ailleurs d'autres causes ne peuvent-elles pas produire les mêmes effets? Ainsi, on voit, dans un assez grand nombre de cas, l'affection du foie succéder à des épuisemens de toute espèce, à de longues maladies, à des accouchemens laborieux, à des études fortes, à des chagrins violens, et cela assez souvent chez des individus d'un tempérament lymphatique; mais peut-être n'y a-t-il que simple coïncidence, car fréquemment rien de semblable n'a précédé.

Symptômes. — Développement du kyste. Les acéphalocystes du foie peuvent naître, se développer et exister chez un individu sans donner lieu à des symptômes soit locaux, soit généraux.

Dans d'autres cas, après une contusion de la partie supérieure de l'abdomen, ou sans cause connue, il se déclare en ce point une douleur sourde, sans l'apparition d'aucun autre phénomène et sans le moindre trouble dans la santé. Chez la plupart des malades, c'est un sentiment de gêne à l'épigastre ou à l'hypochondre, quelquefois vague et mal circonscrit, intermittent ou continu, avec des exacerbations.

A la suite des causes énumérées, on voit d'autres fois se former plus ou moins promptement une tumeur que n'accompagnent ni le moindre sentiment douloureux, ni le plus léger dérangement dans les organes, et dont les malades ne s'aperçoivent assez ordinairement que lorsqu'elle est déjà ancienne. Il est cependant beaucoup plus fréquent de voir la douleur sourde précéder et accompagner le développement de cette tumeur, qui s'accroît en général très-lentement; quand elle a acquis un certain volume, elle est sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression, lisse ou bosselée, dure, plus souvent molle ou fluctuante, rarement profonde, mais faisant saillie à l'extérieur en soulevant les parois abdominales. Suivant la partie du foie

envahie par le kyste, elle naît au-dessous des fausses côtes droites ou derrière l'appendice xiphoïde, ou dans l'hypochondre gauche. Mais à mesure qu'elle grossit, elle s'éloigne de son point de départ primitif, et s'étend en différens sens, soit du côté de l'abdomen, soit vers le thorax en refoulant le diaphragme. On lit dans le Journal de *Leroux, Boyer, Corvisart*, t. 1, p. 21, l'histoire d'un malade qui, huit ans après avoir reçu dans l'épigastre un coup de timon de voiture, portait une tumeur énorme occupant l'hypochondre droit, l'épigastre, l'hypochondre gauche et la région iliaque du même côté, c'est-à-dire à peu près les trois quarts du ventre; le kyste naissait du grand lobe du foie.

Désordres mécaniques. Une tumeur volumineuse ne peut exister dans l'abdomen sans amener bientôt des désordres mécaniques. L'estomac dévié, comprimé, ne peut admettre qu'une petite quantité d'alimens qu'il digère avec lenteur; les intestins sont gênés dans leurs fonctions; refoulés en outre vers le petit bassin, ils peuvent s'échapper par les ouvertures naturelles distendues, et former des hernies. Le volume, le poids de la tumeur déterminent le décubitus sur le côté affecté, et ont amené quelquefois la flexion du tronc en avant. Dans un cas observé par M. *Cruveilhier* (op. cit.), un vomissement de sang qui revint tous les quinze jours ou tous les mois fut attribué à la compression d'une des branches de la veine-porte, d'où résultait une congestion passive de l'estomac, d'ailleurs parfaitement sain. La diminution de la cavité thoracique, chez quelques malades, explique également la dyspnée, la toux, l'impossibilité du décubitus horizontal, et quelquefois la mort par suffocation. Enfin, de tous les désordres mécaniques, le plus grave est l'hydropisie, due à l'oblitération du système circulatoire de la veine-porte. Elle n'est pas la conséquence nécessaire des kystes volumineux; elle survient cependant quand la maladie est déjà ancienne et la constitution détériorée. La sérosité commence par s'accumuler dans l'abdomen en plus ou moins grande quantité, suivant le volume de la tumeur, et de là s'étend aux mem-

bres abdominaux. Ces accidens sont bientôt suivis de la chute des forces et de la mort.

Désordres généraux. La gêne mécanique des organes, l'état de souffrance habituelle, finissent par rendre au malade son existence pénible. Quoique assez souvent les voies digestives soient dans une parfaite intégrité, les forces diminuent; ce qui prouve, ainsi que l'observe M. *Andral*, que si les fonctions des organes abdominaux semblent bien s'exécuter, l'assimilation des parties nutritives est imparfaite, l'hématose et la circulation générale languissent; le pouls est faible; chez les femmes, les menstrues diminuent; la face est remarquable par sa pâleur; la peau est sèche, décolorée, mais rarement et peut-être jamais ictérique, à moins qu'il n'y ait obstacle mécanique au cours de la bile. *Lassus*, qui dans son Mémoire sur l'hydropisie enkystée n'examine que des kystes acéphalocystes non suppurés, l'avait remarqué. Les malades, dit-il, sont pâles, mais nullement jaunes et bilieux. (Journal de *Corvisart, Leroux, Boyer*, t. 1, p. 115.) Néanmoins les forces se perdent peu à peu; la maladie marche vers une terminaison fatale; la mort surviendra le plus ordinairement ou par le développement d'une maladie étrangère, ou par l'ascite, ou par l'inflammation du kyste que nous allons décrire.

L'inflammation est l'accident le plus fréquent des kystes hydatiques du foie; elle attaque les tumeurs anciennes ou récentes, quelquefois sans causes appréciables, d'autres fois après des violences extérieures, des écarts de régime, un refroidissement subit. Elle est aiguë ou chronique, avec des rémissions et des exacerbations, plus rarement continue dans sa marche. Ses principaux symptômes sont : une douleur plus ou moins vive dans l'hypochondre droit, produisant souvent de la dyspnée et de la toux, n'augmentant pas ordinairement par la pression; l'accroissement de la tumeur, qui, dans quelques cas, commence seulement alors à être appréciable au toucher; son ramollissement au bout d'un certain temps; la fièvre, soit continue, soit lente, avec des redoublemens, quelquefois intermittente, mais irré-

gulière; enfin, l'ictère, qui manque fort souvent, débute par les conjonctives, la face, et s'étend à tout le corps; la coloration est rarement foncée, à moins que les canaux biliaires ne soient pas libres.

L'inflammation aiguë peut s'accompagner de symptômes graves, qui deviennent la principale maladie; ce sont des accidens nerveux, des vomissemens opiniâtres, une péritonite.... Dans l'inflammation chronique, la mort est due le plus ordinairement aux complications (pneumonie, érysipèle, gastro-entérite....), qui, attaquant une constitution profondément débilitée, ne déterminent pas un grand trouble dans l'organe affecté, mais sont rapidement suivies de la prostration et de la mort.

Terminaisons, ou derniers changemens éprouvés par le kyste.

La matière contenue dans le kyste peut s'échapper au-dehors par différentes voies :

1°. *Par les tégumens du ventre.* Soit que la tumeur ait été frappée d'inflammation, ou qu'elle n'ait éprouvé aucune altération, elle contracte des adhérences avec un point de la paroi abdominale; les tissus s'amincissent peu à peu; la peau rougit, proémine en pointe; elle s'use de dedans en dehors, et finit par s'ouvrir; les hydatides sont expulsées au-dehors, mais l'entrée de l'air dans le foyer altère le pus, détermine la fièvre hectique; les forces s'anéantissent, et la mort survient. Dans des cas plus heureux, le malade survit à l'ouverture de la tumeur, et même recouvre la santé; la suppuration diminue, le kyste se resserre, les fonctions se rétablissent, une ouverture fistuleuse fournissant une matière séro-purulente persiste long-temps sans inconvénient, et finit par se cicatriser.

2°. *Par le tube digestif.* Le kyste peut contracter des adhérences avec les intestins ou l'estomac; dans le premier cas, des hydatides pourront être rendues par l'anus; dans le second, par la bouche. Ces

adhérences produisent ordinairement des coliques, des tiraillemens dans le ventre, de l'anorexie, de la gêne à l'épigastre. Lorsque l'ouverture de communication s'établit dans les intestins, si elle est étroite, les hydatides sortent une à une par les selles avec facilité; mais la poche, se vidant incomplètement, pourra tôt ou tard se frayer une issue à travers les parois abdominales (*Mérat*, Dict. des Sc. méd., t. 16, p. 139; *Andral*, Clin. méd., t. 4, p. 321). Quand, au contraire, la communication est large, le kyste évacue rapidement dans l'intestin une grande partie de son contenu; des accidens quelquefois fort graves se manifestent et cessent par l'expulsion des hydatides; assez ordinairement, dans les premiers jours, chaque fois que l'évacuation est considérable, le malaise recommence. Les hydatides ainsi rejetées sont toujours altérées par la bile, le mucus et la matière fécale dont elles se remplissent. Cependant la tumeur de l'hypochondre s'affaisse, et la guérison est complète. Cette heureuse terminaison peut également arriver quoique le kyste se soit enflammé, et que l'affaiblissement et le marasme soient très-avancés. (Voir Méd. comm., t. 2, p. 275).

L'ouverture du kyste dans l'estomac est extrêmement rare. L'évacuation est précédée de nausées, de malaise, de défaillance. On a vu quelquefois, en même temps que ces corps sont expulsés par l'anus, un ou deux être rejetés par le vomissement; il est probable ici que le kyste s'ouvrant dans l'intestin grêle très-près de l'estomac, quelques hydatides peuvent remonter dans cet organe et sortir par la bouche.

3°. *Évacuation par le poumon.* Cette terminaison est la moins fréquente; dans quelques cas, elle n'a été accompagnée d'aucun accident; dans d'autres, elle a donné lieu à tous les symptômes de la phthisie; mais peut-être les poumons n'étaient-ils pas exempts de tubercules.

M. *Husson* présenta à l'Académie de médecine, le 24 août 1824, une quantité considérable de débris d'hydatides rendues par l'expectoration. Le sujet de cette observation avait offert antérieurement

tous les symptômes d'une affection organique du foie, caractérisée par la douleur et la tuméfaction de l'hypochondre droit. Dans le courant de l'hiver, il fut atteint d'un catarrhe dont il guérit parfaitement, et depuis il jouissait d'une bonne santé, lorsqu'il expectora sans effort, et sans éprouver de toux ni aucune irritation du côté de la poitrine, un grand nombre de lambeaux membraneux que M. *Husson* reconnut pour être des portions d'hydatides. Cette évacuation dura deux ou trois jours. La tuméfaction du foie disparut presque dès ce moment, et la santé devint parfaite.

Nous pouvons conclure de tout ce que nous venons d'exposer, que l'expulsion des hydatides au-dehors est dans beaucoup de cas suivie du retour à la santé; mais on peut se demander : lorsque plusieurs kystes hydatiques existent dans le même organe ou dans des organes différens, quelle marche la guérison de l'un d'eux imprime-t-elle à ceux qui restent? Leur développement est-il activé comme on le remarque pour quelques autres productions accidentelles? ou n'est-il nullement influencé? Je crois que dans l'état actuel de la science, on ne saurait résoudre cette question d'une manière positive sans de nouveaux faits.

Diagnostic. Le diagnostic des kystes acéphalocystes du foie est ordinairement obscur, quelquefois les symptômes manquent pour l'établir avec certitude; comment juger en effet qu'une douleur vague dans l'hypochondre droit est produite par la formation des hydatides? Comment distinguer que l'ictère, le dépérissement lent, la fièvre hectique, résultent de la suppuration du kyste plutôt que de toute autre affection chronique du foie? Quand au contraire il existe une tumeur, on peut arriver à des présomptions plus ou moins fondées; cependant, comme ses caractères sont variables, nous devons supposer plusieurs cas.

1°. La tumeur est fluctuante, assez volumineuse; elle s'est développée de haut en bas d'un point occupé par le foie; en la circonscrivant, on peut la suivre jusque dans l'hypochondre droit ou à la

partie supérieure de l'épigastre. Elle est immobile, non sensible à la pression, peu douloureuse par elle-même, laissant les fonctions dans toute leur intégrité, ou ne gênant que par son volume; elle s'est accrue avec lenteur; la région hépatique est mate dans une plus grande étendue que de coutume : on peut être porté à croire que le foie renferme un kyste hydatique. La présomption se change en certitude si la tumeur donne à la percussion un sentiment de frémissement dû à la collision des vésicules; mais ce signe est rare; il manque si la poche ne contient que des débris d'hydatides ou une acéphalocyste solitaire, si ses parois sont très-épaisses ou très-tendues; nous devons donc raisonner comme s'il n'existait pas.

On confondra difficilement la tumeur telle que nous l'avons décrite avec celle que forme la vésicule biliaire distendue; celle-ci est en général placée au-dessous des fausses côtes derrière le muscle droit. Elle est mobile, à moins qu'elle n'ait contracté des adhérences; elle est assez souvent piriforme, rarement très-volumineuse. Mais, en outre, le malade peut avoir déjà offert à plusieurs reprises les accidens des calculs biliaires (colique hépatique), et le développement de la tumeur a suivi de près une des attaques de cette maladie, ou une inflammation de la partie supérieure de l'intestin grêle dont les symptômes durent encore.

Ce n'est point un abcès du foie, car il eût été précédé de tous les symptômes de l'hépatite; sa marche eût été plus rapide; ces phlegmons du foie, ainsi que les nommaient les anciens, pour faire saillie au-dehors, doivent être situés à la face convexe de cet organe. La tumeur est d'abord pâteuse, dure sur les bords; elle se ramollit graduellement du centre à la circonférence, accompagnée d'une douleur pulsative et de frissons irréguliers.

Mais la tumeur hydatique ne saurait être distinguée d'abcès enkystés du foie ou de kystes situés dans le tissu sous-péritonéal aux environs de ce viscère. Leur marche, leurs terminaisons, leurs dangers sont les mêmes; le même traitement leur est applicable. Pour les guérir, il faut évacuer le liquide, quelle que soit sa nature.

2°. Le diagnostic devient beaucoup plus difficile si la tumeur, au lieu d'être fluctuante, est dure au toucher, ce qui dépend ou de l'épaisseur considérable de ses parois, ou de leur tension. Du reste, les autres symptômes principaux demeurent les mêmes ; c'est dans ce cas qu'après un examen attentif et prolongé, si avec de grandes probabilités pour l'existence d'un kyste hydatique il reste quelque doute, on peut faire la ponction exploratrice, afin d'assurer l'opération dont on veut faire courir les chances au malade.

Les symptômes de l'hypertrophie du foie sont semblables à ceux de la maladie qui nous occupe ; mais assez ordinairement dans l'hypertrophie la tumeur se développe assez promptement, puis elle reste stationnaire ; elle présente une surface lisse, où l'on peut reconnaître la configuration du foie ou d'une portion de cet organe augmenté de volume. Elle est dure, pesante, rendant un son complètement mat à la percussion.

Une tumeur cancéreuse du foie est également dure et pesante, ordinairement bosselée, quelquefois sensible à la pression, quelquefois accompagnée de vives douleurs. Mais, en général, une maladie aussi grave ne peut durer long-temps sans altérer la constitution.

Le cancer d'une portion du colon pourrait former une tumeur au-dessous de l'hypochondre ; mais les circonstances commémoratives, les phénomènes propres à une affection intestinale et à une affection cancéreuse, pourraient, dans le plus grand nombre des cas, offrir des signes différentiels au médecin.

Une tuméfaction considérable du rein droit pourrait, dans quelques cas rares, en imposer. On éprouverait de grands obstacles à établir le diagnostic et par la difficulté d'obtenir les circonstances commémoratives, et par l'absence si fréquente du trouble des fonctions de l'organe sécréteur de l'urine quand un seul rein est malade.

La rate, très-développée, simulerait peut-être un kyste acéphalocyste du lobe gauche du foie, et le diagnostic serait d'autant plus difficile, que presque toujours les caractères de la tumeur seraient les seuls signes différentiels sur lesquels on pût se fonder.

3°. Si le kyste hydatique, chez une femme, a pris un accroissement considérable, s'il touche immédiatement le pubis et s'étend dans la région iliaque, soit qu'il présente ou non de la fluctuation, on pourrait croire à une hydropisie de l'ovaire. Les circonstances commémoratives peuvent seules lever les doutes.

Si la tumeur, avec les caractères que nous avons indiqués, devient douloureuse, si la fièvre se déclare, on peut conclure qu'elle s'est enflammée; mais si antérieurement la tumeur n'existait pas, et si elle se développe à la suite du travail inflammatoire, on ne pourra le plus souvent la distinguer d'un abcès du foie.

On jugera que la poche tend à s'évacuer à l'extérieur, si on la voit soulever de plus en plus les parois abdominales, proéminer en pointe, offrir une fluctuation des plus manifestes, en même temps que la peau rougit et s'amincit. Quant à l'évacuation du kyste par le tube digestif, les symptômes, bien que graves quelquefois, ne suffisent pas pour fournir au médecin autre chose que des conjectures.

La rupture du kyste dans le péritoine s'annonce par l'affaissement subit de la tumeur suivi de tous les accidens d'une péritonite intense.

Prognostic. Quoique l'existence d'un kyste acéphalocyste du foie soit pendant plusieurs années compatible avec une santé à peu près parfaite, cependant cette maladie est grave. Dans la grande moitié des cas, elle est suivie d'une terminaison funeste après un temps dont la moyenne peut être évaluée à six ou huit ans, et l'art ne peut offrir aux malades que des secours ou peu efficaces ou dangereux. Le prognostic variera suivant l'ancienneté de la maladie, le volume de la tumeur, la nature des complications, l'état des fonctions et de l'économie. L'ascite est toujours un symptôme fâcheux et qui, en général, annonce une fin prochaine. Le prognostic est plus fâcheux quand le kyste s'est enflammé, et d'autant plus que le sujet sera plus affaibli. Quant aux terminaisons, la rupture du kyste dans le péritoine ou la plèvre est toujours mortelle. L'évacuation du kyste au-dehors peut être, au

contraire, suivie du retour à la santé ; mais l'issue des hydatides par la paroi abdominale, terminaison la plus fréquente, a toujours une certaine gravité subordonnée toutefois à l'état général du sujet. Dans l'évacuation du kyste par les intestins, il peut se présenter quelquefois des symptômes redoutables. On devra être très-réservé sur le prognostic.

Traitement curatif. On a cherché dans la matière médicale des agens capables de produire la mort des acéphalocystes ; *Baumes* de Montpellier, les médecins anglais, ont employé, à cet effet, le mercure à l'état de protochlorure : quoique l'efficacité de cette médication n'ait pas été prouvée, on ne doit cependant pas la négliger. Les frictions mercurielles sur l'hypochondre ou les cuisses pourraient peut-être avoir quelque avantage. *Percy*, *Laennec* ont proposé l'hydrochlorate de soude à l'intérieur, mais surtout en bains, et les bains de mer seraient les meilleurs. L'emploi de ce médicament est basé sur un fait de l'art vétérinaire. On a remarqué que les moutons qui paissent dans les prés salés sont toujours exempts du tournis, maladie produite par le développement du polycéphale dans le cerveau ; et bien plus, ceux de ces animaux qui commencent à en offrir les symptômes guérissent quand ils sont conduits dans ces pâturages. On en a conclu que le sel marin avait la propriété d'empêcher la formation des hydatides ou de produire leur disparition quand elles existent. En attendant de nouveaux faits, on ne peut que conseiller l'emploi de cette substance, qui, d'ailleurs, est sans inconvénient. On joindrait à ces médicamens un régime assez nourrissant et de facile digestion, un exercice modéré, l'habitation élevée, sèche, dans un climat tempéré.

L'efficacité des agens thérapeutiques que nous avons indiqués étant plus que douteuse, on a dû chercher à obtenir la guérison des hydatides, en les évacuant au dehors par un procédé chirurgical. Il est arrivé à différentes époques que des chirurgiens appelés pour une tumeur hydatique dont ils ignoraient la nature, ne consultant que l'imminence du danger, l'ont ouverte avec l'instrument tranchant. Mais

l'état du malade, les circonstances qui nécessitaient l'opération expliquent assez les nombreux revers dont leurs tentatives furent suivies. Il existe actuellement deux méthodes qui comptent quelques succès et que nous allons décrire; l'une est de M. *Récamier*, l'autre de M. *Bégin*. Mais en elle-même cette opération est extrêmement grave, et les chances de réussite sont d'autant moindres que la maladie est plus ancienne, que la constitution est détériorée, qu'il existe des complications, que le kyste est suppuré.

1°. *Méthode de M.* Récamier. M. *Récamier*, lorsqu'il a affaire à une tumeur qui, bien que présentant des signes d'une collection de liquide, lui laisse quelques doutes, pratique une ponction exploratrice. Il plonge dans le point le plus saillant un trois-quarts presque capillaire; la canule, sur laquelle on place une ventouse, doit livrer passage à quelques gouttes du liquide contenu dans la tumeur, si elle en contient; dans ce cas on pourra opérer. Je ne parlerai pas des conjectures que peut fournir l'examen du liquide; le principal est d'avoir reconnu que ce liquide doit être évacué. Pour cela on place sur la tumeur un large morceau de pierre à cautère, on fend l'escharre quand elle est formée, et on fait une seconde ou une troisième application du caustique. Les tissus sont successivement détruits, l'action de la potasse s'étend peu à peu jusqu'au péritoine, le feuillet qui recouvre les parois abdominales s'enflamme localement, et contracte des adhérences avec celui qui revêt la tumeur. Enfin, un point des parois du kyste est mortifié, et livre passage aux hydatides, dont on favorise la sortie par quelques injections. Maintenant pour empêcher l'entrée libre de l'air dans le foyer, on a soin de le maintenir autant que possible constamment rempli d'un liquide d'abord émollient, plus tard légèrement irritant ou antiseptique. Le kyste se resserre peu à peu, ce que l'on mesure par la quantité moindre de liquide nécessaire pour le remplir.

Ces différentes parties de l'opération ont été blâmées, et quelquefois trop sévèrement. On s'est exagéré les dangers de la ponction explora-

trice, on en a contesté l'utilité; elle sert, ainsi que M. *Récamier* l'a exposé dans ses leçons cliniques, à lever les doutes dans un cas équivoque. Les inconvéniens se réduisent, suivant lui, à une véritable acupuncture; reste à savoir si elle est sans danger pour une tumeur de mauvaise nature. La crainte du suintement du liquide dans le péritoine n'est pas fondée : l'ouverture est trop étroite pour le permettre; d'ailleurs le trois-quarts très-fin, qui a servi à extraire les gaz dans le cas de tympanite excessive, n'a pas donné lieu à l'épanchement de la matière stercorale dans le péritoine. On redoute aussi la présence d'une anse intestinale au-devant du kyste, mais les borborygmes, la percussion médiate pourraient faire reconnaître cette circonstance. D'ailleurs le procédé que nous décrivons, de l'aveu de son auteur, n'est applicable, comme il est facile de le concevoir, qu'autant que la tumeur est en contact immédiat dans un de ses points avec la paroi abdominale, ce qui exclut la possibilité de l'interposition d'un intestin. Il serait cependant possible que la ponction, comme on le lui a reproché, pût quelquefois induire en erreur; un liquide visqueux ou très-consistant pourrait ne pas sortir par la canule.

La potasse caustique ne doit pas être proscrite; dans tous les cas la crainte qu'elle ne produise une péritonite est exagérée; les faits et les expériences l'ont prouvé. On peut s'en passer quand la tumeur présente dans un point plus ou moins large une fluctuation manifeste, non profonde; car nul doute alors que le kyste n'ait contracté des adhérences, et que les tissus même ne soient déjà amincis.

Les injections sont destinées à prévenir l'entrée de l'air dans le foyer; on sait que ce gaz en contact avec le pus, dans un lieu chaud et humide, le putréfie, détermine une inflammation trop forte du kyste, et la résorption du liquide putride, qui agit sur l'économie comme un véritable poison. Les injections ne remédient qu'incomplètement à cet accident; mais elles en diminuent sans aucun doute le danger. Nous dirions qu'elles n'ont aucun inconvénient, sans un fait qui a eu lieu, il y a quelques mois, à l'Hôtel-Dieu, et dont je dois l'observation à M. *Bonnet*, interne de la salle.

Madame B.... a éprouvé, à l'âge de trente-sept ans, des douleurs rhumatismales dans les épaules et les lombes ; ces douleurs disparurent au bout de deux ans. A cette époque, la malade s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur dure, arrondie, indolente, située sous l'hypochondre droit, et qui pendant deux ans n'exerça aucune influence sur sa santé. Quand vint la révolution de juillet, la frayeur qu'éprouva la malade fit cesser l'écoulement menstruel, qui depuis n'a reparu qu'une fois à l'époque suivante et en petite quantité. La tumeur fit dès-lors de rapides progrès, les forces s'affaiblirent, madame B.... fut forcée d'entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 38, le 13 mai 1831.

La tumeur qu'elle présente a le volume du poing ; elle est arrondie, fluctuante, située en avant et au-dessous du rebord des fausses côtes droites ; la peau qui la recouvre est d'un rouge violacé. La langue est sèche, la soif vive ; depuis cinq à six jours il y a un peu de diarrhée ; la malade, en outre, tousse et expectore des crachats jaunes et épais. Le même jour, on fait une application de potasse caustique ; le lendemain, on fend l'escharre, et on place au fond de la plaie quelques nouveaux fragmens du caustique. Le 16 mai, une incision, qui ne produit pas la plus légère douleur, pénètre dans le foyer ; il en sort quelques onces d'un pus jaunâtre, inodore, mal lié : de l'eau tiède est injectée sans inconvénient. Le lendemain, on répète l'injection ; la canule de gomme élastique pénètre, en se dirigeant en haut, à la profondeur de quatre à cinq pouces. L'injection est immédiatement suivie de toux, de suffocation imminente, d'envie de vomir, de l'expectoration d'une eau spumeuse. L'auscultation fait reconnaître dans le poumon droit du gargouillement à la partie postérieure. Les symptômes de suffocation augmentent ; la face devient violacée, le pouls précipité ; toutefois, ces symptômes ne tardèrent pas à diminuer. Dans la journée, la malade mangea ; le soir, elle était assez bien. Le 18 mai, la toux cause à la malade une vive douleur, ce qui empêche d'examiner les sons qu'elle donne à l'auscultation. On constate une sonoréité un peu plus grande à droite qu'à gauche ; on distingue parfaitement en

ce point le souffle amphorique. On ne retrouve plus le gargouillement, qui, la veille, était très-sensible après l'injection. Pectoriloquie très-confuse; respiration imparfaite en arrière dans les deux poumons. Le 19 et le 20, les symptômes d'asphyxie vont en augmentant. — Morte le 21 à neuf heures du matin.

Autopsie. L'ouverture de l'abcès est agrandie; on trouve un foyer traversé par des colonnes, comme on l'observe dans quelques cavernes pulmonaires; la surface était grisâtre, parsemée de taches noirâtres, comme tapissée par une muqueuse à peine organisée; les parois étaient formées par les muscles abdominaux et le péritoine de la face convexe du foie. En suivant cette cavité en arrière, on pénétrait dans un autre kyste situé entre le diaphragme et la partie supérieure et postérieure du grand lobe du foie, auquel il adhérait intimement; sa face interne était mamelonnée, inégale, formée par des lames de tissu fibreux; à la partie supérieure de cette poche était une surface d'un pouce carré à peu près, d'un gris noirâtre, qui semblait être le résultat de la putréfaction. On plaça, dans la bronche droite, la canule d'une seringue, et en poussant le piston on vit suinter le liquide en ce point par plusieurs ouvertures. Ce kyste contenait une acéphalocyste solitaire, libre d'adhérences, qui pouvait renfermer une pinte d'un liquide limpide; ses parois avaient de deux à trois lignes d'épaisseur, leur consistance était celle du blanc d'œuf cuit. — Le foie dépassait de quelques pouces le rebord des fausses côtes; le lobe droit était atrophié, le gauche plus volumineux. — Les poumons contenaient des tubercules en grand nombre; la base du poumon droit embrassait le kyste, qui refoulait le diaphragme. — Les intestins offraient des traces d'entérite chronique.

Cette observation nous montre combien l'opération est dangereuse et incertaine. Eût-on, en effet, opéré avec confiance si l'on avait su qu'il existait une vaste poche contournant la face supérieure du foie, communiquant avec le poumon, dans lequel, en outre, des tubercules s'étaient développés? Nous voyons aussi que cette communica-

tion avec les bronches est une circonstance fâcheuse pour les injections, puisqu'ici la suffocation en a été le résultat.

2°. *Méthode de* M. Bégin. Ce chirurgien fait à la peau, sur le point le plus saillant de la tumeur, une incision de deux à trois pouces environ; il divise ensuite avec précaution les couches musculeuses, comme s'il opérait une hernie étranglée. Arrivé sur le péritoine, il le soulève avec des pinces à disséquer, et y fait une ouverture en dédolant. Si l'épiploon ou l'intestin se présentent, il les repousse doucement; puis il introduit une sonde cannelée, et achève l'incision du péritoine. La tumeur se présente au fond de la plaie. On panse ensuite à plat, et le malade est mis au régime des opérations graves. Deux ou trois jours après l'opération, on lève l'appareil; le péritoine, enflammé par le contact de l'air, a perdu ses caractères de membrane séreuse : il présente un tissu rougeâtre épais, comme charnu. Le kyste a contracté des adhérences avec le bord de la plaie. Ces dispositions étant reconnues, on plonge un bistouri dans la tumeur, et on y fait une incision égale à celle de l'extérieur; le liquide contenu dans la poche évacué, on introduit dans l'ouverture une mèche de linge effilé, et l'on panse avec des plumasseaux de charpie. Si, après l'opération, le ventre devient sensible, on y applique des sangsues en plus ou moins grand nombre, et on y revient chaque fois que les accidens l'exigent. (Journ. univ. hebdom., t. 1, p. 417.)

Cette méthode est ingénieuse. L'opérateur voit et touche successivement les parties qu'il va diviser; il peut calculer l'étendue des incisions, mais l'ouverture du péritoine par l'instrument tranchant n'est-elle pas une chose très-grave en elle-même? Ne la voit-on pas trop souvent suivie d'une péritonite mortelle dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, à part toute lésion des viscères, et dans le débridement des hernies étranglées. Ce mode opératoire est sans doute le seul qui peut attaquer les tumeurs qui ne sont pas dans un contact immédiat avec les parois abdominales; mais, dans ce cas, il vaut peut-être mieux respecter ces tumeurs que de tenter de les ouvrir.

Traitement palliatif. Soutenir les forces du malade, écarter les complications, remplir les indications s'il s'en présente, tel est le plus souvent le rôle du médecin. Si le kyste vient à s'enflammer, on emploiera le traitement antiphlogistique, modifié suivant les circonstances. Dans l'inflammation chronique, les révulsifs extérieurs seront avantageux ; les dérivatifs, sur le tube intestinal, devront être employés, mais avec ménagement. Si le kyste contracte des adhérences et menace de s'évacuer au-dehors, on l'ouvrira avec l'instrument tranchant avant que l'affaiblissement fasse des progrès. Dans l'évacuation des hydatides par les intestins, les purgatifs seraient, sans contredit, avantageux, soit pour favoriser l'ouverture de la poche, soit pour débarrasser le tube intestinal et faire cesser les accidens ; mais l'indication en est difficile à saisir. Je n'ai pas besoin de parler de la rupture du kyste dans le péritoine ou la plèvre, la maladie est au-dessus des ressources de l'art. Des chirurgiens, dans ce cas, ont espéré, en ouvrant l'abdomen, pouvoir arracher les malades à une mort certaine ; une opération semblable, dans de pareilles circonstances, exigeait sans doute de leur part un dévouement qu'on ne doit ni blâmer ni imiter.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

A peripneumoniâ phrenitis, malum. *Sect.* 7, *aph.* 12.

II.

A sanguinis sputu puris sputum, malum. *Ibid.*, *aph.* 15.

III.

Quibus jecur aquâ refertum eruperit in omentum, his venter aquâ expletur atque moriuntur. *Ibid.*, *aph.* 55.

IV.

Si quis febricitanti cibum præbeat, valenti quidem, robur; ægrotanti verò, morbus fit. *Ibid.*, *aph.* 65.

V.

Somnus et vigilia modum si excesserint, morbus. *Ibid.*, *aph.* 71.

VI.

A sphacelismo ossis abscessus. *Ibid.*, *aph.* 77.